

MENINGITIS TRAUMÁTICA Y PENICILINA

Dr. J. C. Pravia

Presento este nuevo caso de Meningitis Traumática curada con penicilina, por vía intrarraquídea, intramuscular e intravenosa.

Seguimos creyendo que cualquiera que sea la vía de administración de esta droga es completamente tolerada por el organismo; y se ha arraigado en nosotros el concepto que de entrada hay que suministrar cantidades grandes de ella.

Seguimos nuestro enfermo (como se verá en la historia clínica) día a día y haciéndole examen de líquido C. raquídeo casi a diario, la curva leucocitaria de ese líquido, baja rápidamente de un día para otro, y si seguimos suministrando penicilina llega a la normalidad en pocos días más.

En nuestro enfermo los elementos del L.C.R. en el 1er. día de la punción fueron de 8.000 por mm., polinucleares 75 %, linfocitos 25 %.

Después de inyectar penicilina intra raquídea e intravenosa e intramuscular, al otro día, los elementos de L.C.R. bajaron rápidamente a 2.200. Polinucleares 88 %. Linfocitos, 12 %. Tres días después siguiendo el mismo tratamiento los elementos eran tan solo de 84, el día 24 de abril es decir 9 días después de empezar esta terapéutica los elementos eran de 6,8.

Quiero llamar la atención sobre este punto, porque la curva leucocitaria va dando la pauta de la curación del proceso meníngeo, que la clínica por otra parte confirma pero, no del todo. Me refiero sobre todo a la rigidez de nuca y al signo de Kerning, haciéndonos creer que la irritación meníngea es grande por el proceso infeccioso, pero la curva leucocitaria del líquido nos denota que esa irritación meníngea es de origen terapéutico en realidad.

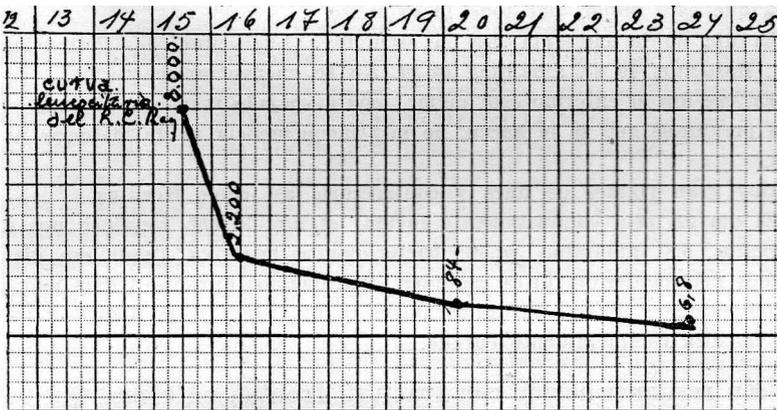
Los descensos en escalones grandes nos denota la curación del proceso, aún que la realidad clínica no le acompañe en ese momento. Días después la rigidez de nuca y el Kerning desaparecerán, sin hacer más penicilina intrarraquídea. Veamos la historia clínica cuadrícula N° 57.723.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se trata de un obrero de 22 años, urug., soltero. El día 11 de abril de 1946 en un accidente de tráfico, es arrollado en la vía pública y lo trasladan al Hospital Español. Enfermo en coma con herida lacerocontusa de la región frontal izquierda, cuya exploración simple denota solamente, lesiones en las partes blandas.

Se desinfecta, y cura con polvotiazol, se indica 3 sueros fisiológicos, 3 ampollas de sulfatiazol diarias, punción lumbar líquido hemorrágico.

Radiografía al otro día, 12 de abril, da lo siguiente: fractura de la región supraorbitaria izq. y frontal izq.



Véase como baja la curva de elementos del l.c.r. en pocos días.

El enfermo sigue en coma durante unos días, con rigidez de nuca, Kerning, posición en gatillo, incontinencia de materias fecales y orina. Ya vemos su meningitis traumática. El 15 de abril, el líquido es ligeramente hemorrágico pero muy turbio, e inyectamos 30.000 unidades de penicilina intrarraquídea y 70.000 por otras vías intramuscular e intravenosa. El examen de ese líquido nos dió el siguiente resultado: 8.000 elementos, polinucleares 75 %, linfocitos 25 %, albúmina 1gr.50. Al otro día 16, otra punción lumbar, cuyo examen del líquido nos da este resultado: 2.200 elementos, polinucleares 88 %, linfocitos 12 %. Vale decir que en 24 horas bastó inyectar 30.000 unidades de penicilina intra-raquídea y 70.000 por vía intramuscular e intravenosa, para que los elementos del líquido céfalo raquídeo bajaron de 8.000 a 2.200. Aunque del punto de vista clínico el enfermo estaba igual. Tres días después siguiendo la misma terapéutica, la citología cae a 84 elementos y 4 días después o sea el día 24 eran sólo de 6.8.

Quiero llamar la atención sobre este punto, porque nos va dando la pauta de la curación del proceso meníngeo, que la clínica en parte va confirmando, y digo en parte, porque la rigidez de nuca y otros signos meníngeos, pueden persistir todavía un tiempo más, y llevarnos a creer que esa

irritación es de origen infeccioso, pero los elementos en el líquido céfalo-raquídeo nos dan la seguridad que es de origen medicamentoso. Si no hacemos más inyecciones intrarraquídeas veremos a los pocos días desaparecer la rigidez de nuca, el Kerning, etc.

La punción lumbar del día 16, nos dió lo siguiente:

Citología 2.200 polinucleares 88 %, linfocitos 12 %, albúmina 0g.50. Examen bacteriológico: Se encuentran algunos cocos gram positivos. Se hacen cultivos que quedarán estériles.

El día 17: sigue en coma el enfermo, inquieto, rigidez de nuca, kerning, incontinencia de orina y materias fecales. Nosotros tenemos nuestra esperanza que está mejor, por todo lo expuesto.

El día 20 la citología era la siguiente: Leucocitos, 84. Polinucleares 60 %, linfocitos 40 %, albúmina 0g.30. No se encuentran bacterias.

En ese día el enfermo está mejor, más despejado responde algunas veces a las preguntas que se le hacen, no hay incontinencia ni de materias ni de orina.

Hay gran rigidez de nuca y contractura, así como Kerning.

El día 22, está completamente lucido; el líquido cef. raquídeo nos dió: Leucocitos, 6,8; albúmina, 0g.30; bacteriológico negativo. Desde ese día no hacemos más penicilina intra raquídea, continuamos durante 3 días más con 100.000 unidades diarias intramusculares e intravenosas. 14 días después es dado de alta completamente curado.

En resumen herido con fractura frontal, en coma. Que se le hacen los 3 primeros días sulfatiazol 3 ampollas diarias. Que desarrolla una meningitis traumática al 4º día, y que se le hacen durante 8 días seguidos 30.000 unidades intrarraquídeas de penicilina por día y 70.000 unidades por otras vías.

La gráfica que presento, análoga a la del caso presentado el 4 de abril de 1945 nos muestra con nitidez la curva leucocitaria del líquido céfalo-raquídeo.

Creo que así como se hace suero antitetánico en algunas heridos convendría hacer "*penicilina intrarraquídea*" y otras vías a todas las fracturas de cráneo como preventivo a su infección cerebro meníngea, y sobre todo en las fracturas de cráneo que por su localización, se sospecha su probable infección.

Dr. Maisonnave. — Se sabe que la penicilina por vía parenteral no atraviesa las serosas en cantidad apreciable. Sin embargo, se considera que en caso que la serosa se encuentre inflamada, lo hace abundantemente pero no en cantidad como para ser de verdadera eficacia; de manera, que en el caso presentado por el Dr. Pravia puede haber actuado eficazmente la administrada por vía lumbar intrameníngea.

De ahí que no creo que sea efectivo dar penicilina parenteral, como

profilaxia de una posible meningitis postraumática, así como se da suero antitetánico para prevenir el tétano; dado, repito, que por esa vía no llegaría a las meninges en dosis suficientes como para evitar esta complicación; salvo, que se adoptara sistemáticamente en aquellos casos posibles de esa complicación, la vía sub-aracnoidea.

Dr. Castells. — Como acaba de referirse, la barrera meníngea ofrece marcada dificultad para el pasaje de la penicilina introducida por vía intramuscular o intravenosa; por lo que el uso de esas vías no presta utilidad, en casos de meninges normales, y no podría ser usada con el objetivo de prever complicaciones postraumáticas. Sada en dosis de 100.000 U. a 500.000 u. en una sola dosis intramuscular, no se ha comprobado la presencia de penicilina en el l.c.r. Sólo autores que han llegado a inyectar dosis enormes, en el tratamiento de la sífilis precoz, alcanzando a inyectar hasta 25.000.000 de U. en 24 horas, en gota a gota intravenosa, han logrado verificar el pasaje del medicamento.

En cuanto a la utilización de la vía intrarraquídea para prever complicaciones sépticas postraumáticas, que propone el Dr. Pravia, tiene a mi juicio sus inconvenientes. Ha sido demostrado por Goldman, Taques Bittencourt, y otros, y lo hemos corroborado recientemente en un trabajo leído en la Sociedad de Medicina publicado luego en los Anales de Otorrinolarinología que la introducción de penicilina por vía intrarraquídea desencadena una reacción meníngea caracterizada por hiperalbuminorraquia que llega hasta 1 gr., pleocitosis variable desde centenares a miles de células y modificación del aspecto del l.c.r. que se vuelve opalino cuando era claro, y, si se reiteran las inyecciones, a veces xantocrómico por presencia de hematies. Estas modificaciones humorales pueden acompañarse de sintomatología clínica: cefalea, raquialgia, dolores en los miembros inferiores, etc. La importancia de estas reacciones varía con las concentraciones del medicamento usadas, siendo menores cuanto más diluidas se inyectan, e independientes, al parecer, del disolvente. El método propuesto por el Dr. Pravia puede tener 1 inconveniente de que, si se desconocen estas reacciones meníngeas, se interpretan las modificaciones del l.c.r. como pertenecientes a una meningitis y no al propio medicamento inyectado.

En cuanto a la observación relatada por el Dr. Pravia hubiera sido interesante conocer los datos de la glucorraquia porque, habiendo sido negativos los cultivos realizados, puede plantearse la duda entre una meningitis y una reacción meníngea aséptica consecutiva a la irritación por la sangre presente en el l.c.r. Una franca hipoglucorraquia hubiera hablado a favor de una meningitis bacteriana.

Dr. Pravia. — Agradezco a la Sociedad de Cirugía la atención prestada a este modesto trabajo.

Puedo contestar al Dr. Maisonave, que tanto creo en la poca permeabilidad de las meninges, que en estos casos de meningitis traumática,

seguimos casi la misma táctica, que empleamos en 2 casos curados de Tétanos Generalizado, que presentamos hace tiempo en esta misma Sociedad de Cirugía "La vía intra raquídea". Pero agregamos la vía intramuscular y la vía intravenosa, "para apagar la infección del foco extrameningeo", causa indirecta de la infección meningea, en este caso senos frontales (probablemente).

Al Dr. Castells puedo decirle que la penicilina intrarraquídea a pesar de producir una irritación meningea en todos los casos que hemos tratado de meningitis traumática, los elementos del L.C.R. bajan en escalones enormemente grandes de 8.000 en nuestro caso a las 24 horas de inyectar 30.000 unidades intra-raquídeas a 2.200.

En otro caso que ya presentamos de 18.000 elementos a las 24 horas 8.000. ¿Qué nos indica esto?

Que no sólo hay irritación meningea, hay algo más que eso, porque a pesar de producir más irritación con la penicilina introducida en el canal raquídeo, los elementos bajaron en ese líquido de 8.000 a 2.200 en tan solo 24 horas. Y agregaremos más todavía; decía en la comunicación que el día 20 (véase la gráfica) el L.C.R. tenía tan solo 84 elementos, con 60 % de Poli, 40 % de linf., 0,30 cgrs. de albúmina pero tenía "una gran irritación meningea con gran rigidez de nuca, contractura, como Kerning".

Sigo creyendo firmemente que es mejor prevenir que curar. Las fracturas de cráneo que tengamos la presunción de una infección meningea, conviene hacer penicilina intra-raquídea, **para defender las meninges del probable ataque microbiano.** Y la vía intravenosa e intramuscular, **para hacer desaparecer en lo posible, los focos extra-meningeos, que pueden atacar las meninges por las fisuras óscas consecuentes del traumatismo.**